



УДК 616.126.К 44

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

М.М. Киселевич
В.М. Киселевич
Т.М. Шагиева

*Муниципальное учреждение
здравоохранения «Городская
клиническая больница №1»,
г. Белгород*

e-mail: gorbolnica1@bel.ru

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – тяжелое, длительное инфекционное заболевание с преимущественным поражением клапанов сердца или пристеночного эндокарда. Цель исследования – изучение особенностей течения инфекционного эндокардита в пожилом возрасте. Проведен анализ 11 случаев ИЭ в МГКБ №1 г. Белгорода за 2005-2009 гг. Возраст обследованных – 28-68 лет, но большинство в возрасте 60-68 лет (72%). По полу: мужчины (7), женщины (4). По социальному статусу: употребляющие наркотики и алкоголь, рабочие и пенсионеры. По течению болезни: подострое течение (72,2%) и первичный ИЭ. По локализации поражения клапанов: сочетанное (5) случаев. Изолированное поражение клапанов у 6 больных. В клинике синдромы: лихорадка (95%), симптомы интоксикации, сердечнососудистая недостаточность. Диагностика заболевания составляла от 2 мес. до года. Всем больным было проведено консервативное лечение, из них (4) хирургическое (больным пожилого возраста). Наши исследования подтверждают мнение других авторов о «постарении» ИЭ и о его тяжелом течении у лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, пожилой возраст.

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжелым инфекционным системным заболеванием с поражением клапанов сердца или пристеночного эндокарда. Заболевание сопровождается бактериемией, тромбоэмболическим синдромом и поражением внутренних органов иммунокомплексной природы [1, 2].

Инфекционный эндокардит – это редкое заболевание, которое характеризуется тяжелым, длительным течением и высокой летальностью. Следует отметить, что в последние годы по данным некоторых авторов отмечается рост ИЭ от 3,9 до 5,3% [3].

Цель исследования. Изучить особенности течения инфекционного эндокардита (ИЭ) в пожилом возрасте.

Материал и методы. Нами был проведен анализ медицинской документации в МГКБ №1 г. Белгорода с 2005 г. по 2009 г. За это время в отделениях больницы пролечено 11 больных с ИЭ. Возраст обследованных был от 28 до 68 лет. Среди них преобладающее большинство (72%) – лица пожилого возраста 60 - 68 лет (средний возраст 64 ± 4 года). Таким образом, наши данные совпадают с литературными сообщениями о «постарении» ИЭ [4, 5, 8].

Результаты и обсуждение. Среди больных ИЭ – мужчины составили 7 (63,7%) случаев и женщины 4 (36,3%), т.е. сохраняется преобладание лиц мужского пола.

В последние годы отмечается изменение социального статуса больных ИЭ. Идет увеличение доли так называемых асоциальных лиц, т.е. злоупотребляющих алкоголем и наркотики, безработных и находящихся в местах заключения. В наших исследованиях – по социальному статусу из 11 человек зарегистрированы как наркоманы (2), рабочие рынков и палаток (2), рабочие заводов (1), одна послеродовая женщина, а остальные пенсионеры пожилого возраста (5).

При анализе соотношения острого и подострого вариантов течения выявлено значительное увеличение подострого ИЭ – 8 (72,2%) случаев, что, связано с ранним применением антибактериальной терапии, которая привела к переходу острого процесса в подострый.

В этиологии острого ИЭ – основной возбудитель золотистый стафилококк, а также грамотрицательная флора и энтерококк. При подострой форме ИЭ: грамотрицательная флора, стафилококк и стрептококк.

Одной из важных характеристик ИЭ является первичный или вторичный характер поражения клапанного аппарата. В литературе имеются сообщения об увеличении доли первичного ИЭ до 50% и даже до 75% [6,7]. В настоящее время чаще встречается вторичный ИЭ, что обусловлено снижением ревматических пороков, ростом дисплазии соединительной ткани сердца и увеличением доли клапанного пролабирования. В наших исследованиях первичный ИЭ: 7 случаев, а вторичный ИЭ - в 4 случаях.

По локализации на клапанах по данным многих авторов, происходит увеличение доли сочетанных поражений (с 15% до 30%). Из 11 наших пациентов у 5 было сочетанное поражение клапанов (2 случая поражения митрального и аортального клапанов, 1 случай поражения трикуспидального клапана и клапана легочной артерии, 1 случай поражения митрального и трикуспидального клапанов и 1 случай поражения аортального и трикуспидального клапанов). Изолированное поражение клапанов сердца было у 6 больных, у 2 – поражение митрального клапана, у 1 – поражение аортального клапана и 3 случая - трикуспидального клапана. Кроме того, в литературе отмечено увеличение частоты поражения правых камер сердца с 3,7% до 9%. У наших больных было 3 случая сочетанного поражения и 3 случая – изолированного.

По характеру деструктивных изменений на клапанах в последние годы увеличилась частота разрывов створок и хорд, подклапанных абсцессов в 5 раз. У наших больных выявлено 3 случая отрыва хорд, 1 случай – вальвулит аортального клапана и 1 случай – аневризма восходящего отдела аорты (по данным ЭхоКГ).

В клинической картине ИЭ наиболее частым и постоянным симптомом остается лихорадка, которая наблюдалась у 95% наших больных. Геморрагический синдром наблюдался реже, проявлялся носовыми кровотечениями и геморрагическими высыпаниями на коже. Кроме того, у наших больных наблюдались симптомы хронической сердечной недостаточности, острой сердечной недостаточности, анемии, гепатоспленомегалии, перикардит и др.

Тромбоэмболический (ТЭ) синдром при ИЭ всегда считается патогномоничным и в последние годы отмечена тенденция к его снижению (с 63,5% в 90-е годы до 42,5% в 2000-е годы). Как и в прошлые годы ТЭ чаще наблюдается при остром течении ИЭ с поражением селезенки, почек, коронарных артерий, церебральных и периферических артерий [3,8]. У наших больных в 3-х случаях имелось поражение церебральных артерий и 1 случай периферических артерий.

Важной проблемой является своевременная диагностика ИЭ. Она довольно сложная, трудоемкая и может быть от 2-3 недель до нескольких месяцев или даже лет. У наших пациентов те же тенденции в постановке диагноза - от 2 месяцев и до года. Это объясняется запоздалым обращением больного к врачу, экстракардиальной симптоматикой, маскирующей картину поражения сердца: субфебрилитет, слабость. Кроме того, эти больные длительное время наблюдались под различными диагнозами: пневмония, хронический бронхит, артрит, сепсис, лихорадка неясного генеза, острый гломерулонефрит и др. Такая поздняя диагностика неблагоприятно влияет на прогноз ИЭ, ведет к развитию тяжелого деструктивного процесса на клапанах и прогрессирования на этом фоне сердечной недостаточности.

В лечении больных использовали комбинации антибиотиков пенициллинового ряда или цефалоспорины III-IV поколения в сочетании с аминогликозидами, ванкомицин и др. В 4-х случаях было проведено хирургическое лечение (больным пожилого возраста).

Выводы: За последние годы значительно изменилась «классическая» картина ИЭ. Отмечается «постарение» ИЭ и увеличение первичного эндокардита. Своевременная диагностика – первостепенная задача в тактике ведения и лечения больных с ИЭ.

Литература

1. Демин А.А., Скопин И.И., Соболева М.К. Инфекционный эндокардит: новые стандарты диагностики и лечения. Клин. мед. 2003; 81 (6): 68-71.
2. Уланова В.И., Мазуров В.И., Цензерлинг В.А. и др. Инфекционный эндокардит: особенности течения и прогноз заболевания. Клин. мед. 2005; 83 (5): 26-29.



3. Кисляк С.В., Резник И.И., Идов Э.М., Зайцев Л.Н., Беликов Е.С., Иофин А.И., Михайлов А.В. Современный инфекционный эндокардит: клинико-морфологическая эволюция в течение трех десятилетий. Сердце. 2009; Т.7. (4): 78-83.

4. Виноградова Т.Л. Инфекционный эндокардит: современное течение, вопросы и проблемы. Сердце. 2003; 2(5): 222-225.

5. Буткевич О.М., Виноградова Т.Л. Опыт наблюдения больных инфекционным миокардитом в течение 1965-2005 гг. Тер. Архив. 2006; 78 (4): 61-64.

6. Барбухатти К.О., Белостоцкий В.Э., Карташев Д.И. и др. Непосредственные результаты хирургического лечения инфекционного эндокардита. Вестник хирургии. 2004; 1; 20-24.

7. Мостовский В.Ю., Бочаров А.В., Камалов Н.И. Клиника, диагностика, лечение и исходы инфекционного эндокардита по материалам окружного госпиталя. В кн: Инфекционный эндокардит: современные методы диагностики и лечения: Тезисы докладов научн.- практ. конф. Москва, 2001: С. 16-18.

8. Федорова Т.А., Яковлев В.Н., Левина О.Н., Семенов Н.А., Тазина С.Я., Ройтман А.П. Современные проблемы и патоморфоз инфекционного эндокардита (по данным многопрофильного стационара). Клин. Геронт. 2008; Т.14: №11; 11-16.

FEATURES OF THE INFECTIOUS ENDOCARDITIS COURSE IN ELDERLY AGE

M.M. Kiselevich

V.M. Kiselevich

T.M. Shagieva

**Municipal health establishment
"Clinical hospital №1",
Belgorod**

e-mail: gorbolnica1@bel.ru

Infectious endocarditis (IE) a heavy, longlasting infectious disease with primary defect of valves of heart or parietal endocardium affection. The objective of the research is studying of features of the infectious endocarditis course in elderly age. The analysis of 11 cases of IE in Municipal Clinic Hospital (MCH) №1 in Belgorod from 2005 to 2009. The patient's age was 28-68 years old, but the majority was at the age of 60-68 (72%). They were men (7), women (4). Under the social status: on drugs and alcohol, workers and pensioners. On a clinical course: subacute course (72,2%) and primary IE. On localization of defeat: the valves combined affection -5 cases, isolated defeat of valves in 6 patients. In clinic picture the following syndromes were observed: a fever (95%), intoxication symptoms, cardiovascular insufficiency. Disease diagnostics was made from 2 months to one year from the beginning of the disease. All patient received conservative treatment, 4 of them (senior patients) were undergoing to surgical treatment. Thus, our research confirm opinion of other authors about «aging» of IE and about its heavy current in persons of advanced age.

Key words: infectious endocarditis, elderly age.